

Dr.-Robert-Pfleger Rehabilitations- und Altenpflegezentrum St. Otto
Ottostr. 10 a
96047 Bamberg
Tel. 0951 – 98028-0
Fax 0951 – 9802888
Heimleitung: Herr Rudolf Reinwald

ANMELDEFORMULAR/VORMERKUNG

Für ein Einzelzimmer mit eigenen Möbeln
Für ein möbliertes Doppelzimmer
Gewünschter Termin des Einzugs _____

Angaben zum Interessenten

Vor- und Zuname _____ Geb. Name _____

Geburtstag _____ Geb. Ort _____

Familienstand _____ Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____

Straße, PLZ, Ort _____

Telefon _____ Krankenkasse _____

Genaue Anschrift der Krankenkasse _____

Hausarzt _____ Telefon Hausarzt _____

Wenn bereits eine Einstufung vom Medizinischen Dienst erfolgte, welche Pflegestufe wurde zugeteilt?
Pflegestufe _____ mit Bescheid vom: _____

Angaben zum Angehörigen/gesetzl. Vertreter/Betreuer

Vor- und Zuname/n _____

Straße, PLZ, Ort _____

Telefon privat _____ Telefon geschäftlich _____

Voraussichtliche Finanzierung

- die monatlichen Heimkosten werden aus Rente/Pension/Vermögen für mindestens 12 Monate selber getragen
- die monatlichen Heimkosten können auf Dauer selber getragen werden
- die Heimkosten oder Teile davon werden mitgetragen von _____ mit einem Betrag von _____ €
- Eine Kostenübernahmebestätigung der Sozialhilfeverwaltung liegt bei
- Sozialhilfe ist beantragt

Ort, Datum

Unterschrift

Diese Vormerkung gilt für 1 Jahr und muss nach dessen Ablauf wieder erneuert werden.